151616 ~~151166~~ 2

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS

POUR

L'AGRÉGATION EN MÉDECINE

Doit-on admettre une fièvre puerpérale?

THÈSE

Soutenue à la Faculté de Médecine de Paris le 27 février 1860

PAR JULES LUYS

DOCTEUR EN MÉDECINE

Ancien Interne lauréat des Hôpitaux. — Lauréat de l'Académie impériale de Médecine.
Lauréat de la Faculté de Médecine.
Secrétaire de la Société de Biologie.
Membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation.

PARIS

IMPRIMERIE DE SCHILLER AINÉ,
11, rue du Faubourg-Montmartre.

1860.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

JUGES DU CONCOURS

MM. DENONVILLIERS, *Président.*
BEAU.
CRUVEILHIER.
DUBOIS (d'Amiens),
GRISOLLE.
GUILLOT.
RAYER.
TARDIEU.
TROUSSEAU.

COMPÉTITEURS

MM.

BARNIER.
BLACHEZ.
CHARCOT.
HERVIEUX.
LABOULBÈNE.
LORAIN.
LUYS.
MARCÉ.
PARROT.
POTAIN.
RACLE.
VIDAL.
VULPIAN.

DOIT-ON ADMETTRE UNE FIÈVRE PUERPÉRALE ?

On m'a demandé : doit-on admettre une fièvre puerpérale ? c'est-à-dire un ensemble de symptômes, de signes, et, peut-être, de lésions, constant, liés les uns aux autres par des rapports habituels, qui puisse faire donner à cette affection une place particulière et distincte dans les cadres nosologiques, et qui soit spéciale à la femme qui a conçu ?

Je réponds : non. Il n'y a pas lieu d'admettre l'existence d'une fièvre puerpérale et voici les motifs sur lesquels je motive mon opinion :

D'abord, il est un fait certain sur lequel personne, je crois, ne pourra me contredire, c'est qu'il meurt énormément de femmes en couches.

De quoi meurent-elles ? Comment meurent-elles ?

Les uns disent : elles meurent empoisonnées par un miasme, un virus, un *quid divinum* répandu dans l'atmosphère, et, jouant vis-à-vis d'elles le rôle que joue le principe actif du typhus, du choléra vis-à-vis des populations qu'il décime ; il y a quelque chose, une entité morbide qui s'appelle la *fièvre puerpérale*. « Elle règne épidémiquement. C'est principale-
» ment quand il y a encombrement qu'elle fait invasion. Dans les
» épidémies graves, on voit quelquefois les femmes enceintes en être
» atteintes et y succomber sans que le travail de l'accouchement se déclare.

» Dans d'autres cas l'empoisonnement particulier qui cause la maladie
» paraît s'effectuer pendant le travail de l'accouchement ou quelques
» heures après la délivrance et la mort peut survenir alors en quelques
» heures.

» L'influence délétère du poison mystérieux ne s'exerce pas seulement
» sur les femmes enceintes. Le fœtus, encore renfermé dans la cavité uté-
» rine peut en être atteint. » (M. Depaul, Comm. à l'Académie de Médecine, page 23.) Bien plus, la plupart des auteurs considérant la contagion comme au moins possible, ont pensé que dans certaines circonstances le médecin pouvait servir de véhicule au principe morbide et le disséminer à distance.

Les autres, frappés de ce qui se passe ailleurs que dans les servives d'accouchements, ne s'en tenant qu'aux choses palpables et tombant sous les sens, frappés des analogies flagrantes qui se rencontrent entre l'état de la femme accouchée portant dans la cavité utérine une surface dénudée, une déchirure véritable avec dilacérations vasculaires, et l'état d'un blessé dont les tissus mous ont été sectionnés, par le fer, dont les aréoles du tissu osseux ont été rompues par une contusion violente, frappés surtout de la similitude de l'appareil symptomatologique dans les deux cas, de la manière identique dont l'organisme réagit lorsqu'une inflammation veineuse vient à verser ses produits exsudés dans le torrent circulatoire, ont dit avec justesse : à quoi bon multiplier les entités morbides, les génies épidémiques, les influences miasmatiques ! A quoi bon créer de toutes pièces, *sans preuves*, des êtres de raison avec existence indépendante, un poison puerpéral ? — Les faits connus nous suffisent, l'organisme *seul* est ici en cause ; dans les cas où vous le croyez régi par quelque élément dominateur c'est *lui seul* qui est coupable, c'est à lui seul qu'il faut demander des comptes. — C'est, en effet, dans l'étude attentive et minutieuse des altérations qu'il présente, c'est dans l'enchaînement réciproque des lésions primordiales et des lésions consécutives, c'est en un mot en reliant

physiologiquement ce qu'on trouve à la salle d'autopsie avec ce que l'on a constaté pendant la vie que nous arrivons à dire :

Si les femmes en couches meurent en si grand nombre, c'est parce qu'elles portent en elles-mêmes, par le fait même de la parturition, une cause de mort : elles peuvent mourir par des mécanismes différents ; mais, le fait sur lequel nous prétendons nous appuyer, c'est qu'elles meurent par cela même qu'il y a eu entre la mère et son enfant une *dissociation* opérée avec effort ; par cela même, que par cet acte il y a eu une dénudation opérée à la surface de l'utérus, des violences sur le col, des déchirures multiples des parois du vagin, de la vulve, et qu'en un mot, par le fait matériel de l'accouchement la femme est littéralement frappée de *traumatisme*. Elle est dès lors dans de nouvelles conditions, qui permettent chez elle le développement d'accidents utérins consécutifs comme chez les amputés; mais, qui n'ont rien de spécial, rien de spécifique, jusqu'à ce jour du moins, de démontré.

Voyons donc sur quels arguments s'appuient les défenseurs de la première opinion.

I. — Et d'abord l'épidémicité. — « La fièvre puerpérale règne épidémiquement ; c'est déjà une forte présomption en faveur de l'essentialité. » (M. Depaul, Comm. à l'Acad., p. 21.)

Mais, de ce qu'une maladie attaque un grand nombre de personnes à la fois, de ce qu'elle est épidémique, s'en suit-il nécessairement que ce soit une fièvre essentielle ?

Voyez, en effet, ce qui se passe dans un hôpital qui reçoit, lui aussi, une population spéciale, à la Salpêtrière, pendant la saison froide ! Sous l'influence des premiers abaissements de la température, les femmes sont prises tout à coup dans leurs dortoirs de pneumonie. Quelques cas isolés se font d'abord sentir dans des points séparés de l'établissement, on pourrait les appeler cas sporadiques, puis ces cas se multiplient, et il

arrive un moment où les malades remplissent comme par bouffées les salles de l'infirmerie devenues bientôt insuffisantes pour les recevoir.

Dira-t-on dans ce cas que la pneumonie est une fièvre essentielle, parce qu'elle sévit sur un grand nombre de personnes à la fois, parce qu'elle est épidémique ? Evidemment non.

Et bien plus, voyez ces femmes à l'infirmerie, voyez comme elles sont affectées chacune différemment, suivant sa disposition. Chez celle-ci, ordinairement forte et vigoureuse, la pneumonie est franchement inflammatoire comme chez l'adulte ; chez celle-là, atteinte depuis longtemps d'une bronchite chronique, l'état aigu est masqué par l'affection pulmonaire antérieure, il y a de la cyanose, de la dyspnée, la réaction est languissante. Chez cette autre débilitée, usée, les phénomènes généraux prédominent. Il y a de l'abattement dès les premiers jours, la langue se sèche, les dents se recouvrent de fuliginosités, le pouls est fréquent, la peau chaude et sèche, l'auscultation ne révèle rien qu'un bruit de souffle faible et lointain, et la malade s'éteint dans l'adynamie la plus complète.

La tradition vous raconte alors que cet ensemble de symptômes, du temps de Pinel, constituait *la fièvre adynamique*; et la science contemporaine nous dit que vous avez devant vous une pneumonie centrale au troisième degré, *à ferme adynamique.*

« La fièvre adynamique est comme endémique à la Salpêtrière, dit
» Pinel. Un âge avancé, des chagrins antérieurs, un air peu salubre, une
» nourriture plus que frugale, et des affections tristes et habituelles
» semblent la multiplier en tous temps, et la rendre surtout funeste pour
» les septuagénaires et les personnes qui ont passé cet âge. La fièvre pu-
» tride les attaque souvent d'une manière si insidieuse, lorsque surtout
» pour d'autres infirmités elles gardent constamment le lit, qu'on ne les
» fait transporter de leur dortoir dans leurs infirmeries que lorsqu'elles
» sont à la dernière extrémité..... Les malades finissent par tomber dans

» une affection soporeuse, profonde, durant laquelle le pouls se relève, » *la respiration devient accélérée et gênée*, enfin elles succombent dans cet » état..... L'hiver de 1794 fut surtout remarquable par la plus grande » fréquence de fièvres putrides ou adynamiques, le plus souvent simples. » (Pinel, t. I, p. 138.)

Certes, il y a cinquante ans, on pouvait bien discuter sur l'essentialité de la fièvre adynamique, la question même de la contagion pouvait en découler logiquement. On pouvait bien dire qu'elle régnait épidémiquement, car il y avait beaucoup de sujets qui en étaient atteints à la fois, et on pouvait bien aussi à cette époque trouver quelques autopsies négatives......... Les faits sont cependant les mêmes, seulement on les analyse avec plus de soin. Aujourd'hui les prétendues fièvres adynamiques ont été rayées de la liste des diagnostics portés aux cliniques de la Salpétrière. L'auscultation et l'anatomie pathologique ont dissipé ces fantômes, ces êtres imaginaires. La pneumonie des vieillards a été révélée, les chercheurs de lésions locales avaient vu juste, et l'expérience de tous les jours a prouvé qu'ils avaient raison. Personne ne songe plus à accuser un agent occulte étendant ses ravages sur la population. On sait maintenant comment il faut chercher les altérations anatomiques pendant la vie et après la vie. On sait pareillement que l'organisme emprunte au milieu ambiant ses conditions d'existence, et qu'il est influencé plus ou moins suivant les aptitudes individuelles par les causes générales atmosphériques.

Je pourrais multiplier encore des exemples semblables et montrer qu'il y a des affections purement locales du ressort de la pathologie externe qui, à un moment donné, se multiplient d'une façon insolite, sans qu'on puisse rationnellement tirer de cette multiplicité des preuves en faveur de leur essentialité. L'angioleucite, la phlébite, apparaissent fréquemment dans les services de chirurgie, et personne n'a jamais voulu en faire des fièvres essentielles! Nous ne pouvons donc que répéter avec M. le professeur Velpeau (Communications académiques, page 301) : « Ces deux con-

ditions, l'insalubrité et l'encombrement engendrent de nombreuses lésions purement locales à propos desquelles on ne peut faire intervenir l'essentialité. »

III. — Un des arguments les plus puissants que l'Ecole de la Maternité invoque en sa faveur, c'est la contagion.

Et d'abord, est-elle appuyée sur des faits tellement évidents, qu'elle ait entraîné l'assentiment général de tous ceux qui en font partie? Loin de là, M. le professeur P. Dubois ne la nie pas d'une *manière absolue*. Il s'exprime ainsi : « Dans une matière aussi grave, la prudence commande une extrême réserve, mais il doit m'être permis d'affirmer que cette propriété contagieuse n'est ni aussi constante ni aussi active, ni surtout aussi persévérante que les innombrables récits qui ont été publiés tendraient à l'établir. » (Communications académiques, page 228.)

Certes, des paroles semblables tombant de la bouche d'un homme si autorisé en cette matière, doivent donner singulièrement à réfléchir aux incrédules, car il semble en résulter que la démonstration du fait n'est pas aussi péremptoire qu'on le pense.

Que disent donc en effet les défenseurs de l'essentialité?

« 1° La maladie, dite fièvre puerpérale, peut atteindre des personnes qui » ne sont dans aucune des conditions de l'état puerpéral.... Elle devient » manifestement contagieuse dans certaines conditions (M. Depaul, Com» munications académiques, pages 22 et 31). » Cet auteur rapporte à l'appui de son opinion l'exemple d'une jeune sage-femme de la Maternité qui, après avoir donné ses soins à une femme en couches atteinte de fièvre puerpérale grave, se sentit vivement impressionnée par les émanations fétides de la malade. Le soir même, elle fut prise de frissons, le ventre devint douloureux, le pouls petit et fréquent, des vomissements verdâtres, de la diarrhée, apparurent et la mort survint le troisième jour. Je trouvai, dit-il, en faisant l'autopsie toutes les lésions que présentaient les femmes mortes dans le cours de cette épidémie.

Il est inutile de faire ressortir combien dans la relation d'un fait de cette importance on aurait désiré trouver des détails plus étendus et plus circonstanciés, car, de ce que l'on a rencontré dans le péritoine de cette jeune fille toutes les altérations propres aux femmes mortes de la même épidémie, il ne s'ensuivrait pas qu'il n'y aurait pas eu ici une péritonite consécutive à une lésion des trompes ou des ovaires? M. Béhier n'a-t-il pas cité un fait analogue? Une jeune fille de vingt ans succomba dans ses salles à une péritonite. Elle était vierge pareillement, et en dehors de l'époque menstruelle. On trouva à l'autopsie outre un épanchement péritonial purulent et général, un gonflement notable de l'une des trompes dont le pavillon était encroûté de fausses membranes. (Lettres sur la fièvre puerpérale, p. 46. Béhier).

Remarquons que M. Depaul dit avoir rencontré dans la cavité péritonéale de sa malade, toutes les lésions que présentaient les femmes mortes dans le cours de cette épidémie. Il y avait donc des lésions caractéristiques? Le fait est à noter en passant, car, nous allons voir qu'en opposant les partisans de l'essentialité les uns aux autres, ils ont dit : ce qu'il y a de remarquable dans cette étrange maladie, c'est que, d'une part, il n'y a souvent pas de lésions, et que, d'autre part, il y en a beaucoup.

D'un autre côté, M. Tarnier a rapporté, dans sa thèse, deux cas qui ont la plus grande analogie avec celui qu'a signalé M. Depaul.

Dans le premier exemple, il s'agit d'une jeune fille d'une bonne santé habituelle qui, huit à neuf jours après avoir eu ses règles d'une façon *irrégulière* et *incomplète*. se sentit prise de malaise général. Elle fut emportée en cinq jours, après avoir présenté un état général très grave, une fièvre intense, des vomissements verdâtres, de la douleur de ventre et une grande prostration. La cavité abdominale *seule* fut examinée. Le péritoine contenait une notable quantité de sérosité purulente. L'utérus et les annexes étaient parfaitement sains.

Que conclure de ceci? que cette jeune fille a succombé à une péritoine suraiguë. N'est-il pas admissible que sur la totalité des élèves sages-

femmes de la Maternité, une d'entre elles puisse être prise de péritonite, à la suite d'irrégularité dans le flux menstruel, sans avoir besoin de faire intervenir ici l'action d'une cause occulte et mystérieuse, telle que la contagion?

En quoi donc ces péritonites sont-elles puerpérales?

En quoi donc y a-t-il dans ces simples faits la démonstration de l'essentialité d'une maladie quelconque?

L'autre exemple qui, heureusement, n'a pas eu un dénoûment si funeste, ne me semble pas non plus devoir entraîner la conviction d'emblée.

En effet, la jeune fille qui en est l'objet, pendant l'époque de l'écoulement menstruel, fut prise de frissons, puis de claquements de dents. *Les règles se suprimèrent*, le ventre devint très douloureux, surtout à l'ombilic; la malade fut prise d'un mouvement fébrile continu avec frissons et vomissements. Cet état se prolongea pendant environ quinze jours, avec des alternatives de recrudescence, tantôt dans la fièvre, tantôt dans les douleurs de ventre. Ce ne fut qu'environ deux mois après l'apparition des premiers symptômes, qu'on la jugea assez forte pour être renvoyée dans sa famille, où elle se rétablit complétement.

Que s'est-il passé ici du côté de l'utérus ou des annexes? Nul ne le sait. L'exploration directe a fait défaut, les renseignements sont insuffisants pour établir un diagnostic précis, et ne pourrait-on pas dire, avec M. Gallard, qu'il y a eu là une de ces lésions péri-utérines (phlegmon ou hématocèle), qui débutent ordinairement pendant le cours d'une époque menstruelle, et qui ont pour caractère de présenter une marche assez lente avec des exacerbations irrégulières?

IV. La fièvre puerpérale est si bien un principe malade qui se propage par contagion, que le médecin lui-même peut servir de moyen de transmission pour porter avec lui à distance le germe de la maladie.

Différents auteurs ont donné à ces assertions l'autorité de leurs noms

M. Depaul, ému de deux circonstances malheureuses dans lesquelles il

a cru jouer un pareil rôle, a rapporté les faits suivants (Com. acad., p. 33). Vers l'année 1839, en sortant de faire des autopsies de femme mortes de fièvres puerpérales, il est mandé en ville pour assister une dame qui en était à sa deuxième grossesse. Dans la soirée un frisson se déclare, et bientôt apparaissent tous les symptômes habituels de la fièvre puerpérale. *L'autopsie n'a pas été faite.*

Dix ans plus tard les mêmes circonstances se sont présentées ; il s'agissait d'une septième grossesse qui se termina avec promptitude et sans aucune complication. Le soir même, éclatent les accidents de la fièvre puerpérale; frissons, douleur abdominale, etc. Cette malade succomba aussi rapidement que la première. *Le cadavre n'a pas été ouvert.*

Ici M. Depaul semble avoir conscience lui-même de ce qu'il y a de peu démonstratif dans les preuves qu'il invoque à l'appui de son opinion. « Je n'ose rien affirmer, dit-il, mais j'avoue que j'ai une certaine tendance à regarder comme très-probable un pareil mode de contagion en temps d'épidémie. »

Comment, en effet, accepter comme vraiment péremptoires des faits de cet ordre, et la critique ne peut-elle pas s'empêcher de demander à l'honorable académicien :

1° Dans quel état de santé antérieure se trouvaient les deux malades ?

2° Qui vous dit que les accidents n'avaient pas déjà fait leur apparition avant votre arrivée ?

3° Il y a bien d'autres causes de mort après l'accouchement que la fièvre puerpérale, et en l'absence d'*autopsie complète* vous n'êtes pas en droit d'accuser, et vous-même comme agent de transmission, et le principe épidémique contagieux comme agent de mort.

4° Cette fièvre puerpérale enfin dont vous admettez la contagion avec tant de réserve aurait donc fait son apparition chez vos deux malades après une période d'incubation beaucoup plus rapide que celle que l'on accorde à des maladies reconnues bien manifestement contagieuses, la rougeole, la variole ?

Ces faits, pour nous, de même que ceux qui ont été rapportés par M. le professeur Dubois et M. Danyau, ne nous semblent donc ni assez détaillés, ni assez multipliés, pour échapper à la critique, et entraîner notre conviction; et d'ailleurs, ne faut-il pas tenir compte dans ces circonstances de cas analogues qui se présentent sur un autre terrain?

Est-ce que les chirurgiens, les médecins, sont à l'abri dans leur clientèle des séries malheureuses, des coïncidences bizarres? Et, s'il fallait raisonner d'après la multiplicité des faits d'un même ordre apparaissant à la fois dans la clientèle d'un praticien répandu, ne pourrait-on pas songer avec quelque apparence de vraisemblance, à ce que M. le professeur Velpeau a raconté à l'Académie de médecine au sujet de la contagion de l'étranglement interne?

Enfin voici sur ce point l'opinion de M. le professeur Dubois : « La contagion, si elle est vraie, ce que je ne veux pas contester, ne peut avoir l'influence qu'on lui a prêtée. Aussi ne puis-je admettre qu'avec une certaine incrédulité une partie au moins de ces récits de cas malheureux se succédant avec une désespérante continuité dans la clientèle d'un seul praticien. » (Com acad.)

V. — Un autre argument en faveur de l'essentialité de la fièvre puerpérale, c'est la mortalité extraordinaire qui sévit sur les fœtus et les enfants nouveau-nés. Voyez, disent les défenseurs de cette doctrine, quelle est la malignité du fléau : non-seulement les mères sont atteintes, mais encore le fruit qu'elles portent dans leur sein est frappé de mort avant de naître. Le nouveau-né succombe comme la mère avec des péritonites, il meurt *des suites de naissance comme la mère meurt des suites de couches* ! Quand l'état sanitaire d'une maison d'accouchement est bon, lesenfants n'y meurent qu'en petit nombre, quand une épidémie sévit sur les nouvelles accouchées, les enfants succombent en grand nombre, et de la même maladie.

C'est M. Lorain qui a le plus contribué à mettre cet ordre de faits en

lumière. La question de l'existence réelle d'un principe morbide qui s'appelle la fièvre puerpérale est pour lui complétement résolue. « Veut-on savoir, dit-il, s'il y a un courant électrique, qu'on prenne un électromètre, ou une aiguille aimantée. Veut-on savoir si la fièvre puerpérale existe, veut-on la rendre visible, qu'on prenne des femmes grosses en grand nombre et qu'on les fasse accoucher à la Maternité ou à l'hôpital des Cliniques; les instruments de cette expérience, qui se fait chaque jour, sont la femme en couches et l'enfant nouveau-né. » (Thèse, page 63).

Oui, nous accordons bien que le corps de l'homme soit un réactif vivant ; mais pour qu'il y ait réaction, il faut qu'il y ait action d'un autre corps, pour que l'électromètre parle, il faut qu'il y ait de l'électricité, et jusqu'à ce jour les réponses qu'il a faites aux interrogations ont toujours été dans le sens *négatif*.

Néanmoins M. Lorrain s'attache à démontrer que les lésions anatomiques qu'il rencontre chez le fœtus et l'enfant nouveau-né, sont dues aux mêmes influences occultes que celles qui ont sévi sur les mères. Pour lui, la péritonite, le plus souvent, les abcès multiples et l'infection purulente, les érysipèles et les phlégmons, les gangrènes des membres, l'infection putride chez les nouveau-nés, sont toujours des manifestations variées, il est vrai, mais dépendantes d'un principe unique, qui le colore toutes d'une même teinte, la fièvre puerpérale.

Malgré l'extrême extension donnée gratuitement, suivant nous, par l'auteur à la liste des affections qu'il énumère, voyons en quoi ses assertions sont motivées.

Prenons la péritonite. Sur 193 enfants nouveau-nés, il en a vu succomber 30 à la Maternité par péritonite, en l'année 1853, et il considère cette lésion comme l'expression de la fièvre puerpérale, comme le cachet spécifique qu'elle imprime sur l'organisme.

Mais, sont-ce bien là réellement de veritables exemples de péritonite primitive franches? Sur ces trente exemples, seize présentaient bien des altérations des vaisseaux ombilicaux ; mais il n'en est plus de même chez

onze autres. On rencontre seulement, coïncidemment, de l'ictère, du sclérème et un énorme développement de la rate ; les ganglions lymphatiques sont aussi volumineux. Quand même on admettrait que dans ces onze cas, la péritonite ne soit pas consécutive à l'action du froid (ce qui est au moins vraisemblable), en quoi cette péritonite pourrait-elle être représentée comme un écho affaibli d'une altération semblable chez la mère, quand la mère n'en a pas eu ?

Et, d'une autre part, en quoi est-on aussi autorisé à dire que des érysipèles, des phlegmons, etc., survenant chez un nouveau-né, lequel n'est plus alors un bourgeon greffé sur la mère, mais bien un *individu* vivant de sa vie propre, sont-ils des expressions de la fièvre puerpérale? Le nouveau-né est-il donc exempt de subir l'influence des causes générales qui président ordinairement au développement des érysipèles, des phlégmons, etc., surtout quand il est plongé dans un milieu *encombré*, qu'il vit dans le *climat nosocomial*? Encore une fois, en quoi y a-t-il donc dans l'apparition de ces symptômes quelque chose qui soit une fièvre puerpérale ?

Maintenant, quant à la question de la contagion de la fièvre puerpérale pour les nouveau-nés, nous voyons, d'après l'aveu même de M. Lorain, que dans les conditions les plus favorables certes, pour qu'une maladie, si elle est contagieuse, soit mise en demeure de se faire voir telle qu'elle est, dans le fait, de la réunion fortuite d'un certain nombre d'enfants, les uns sains à côté d'autres atteints de péritonite, aucun n'a été frappé (page 70), et il ajoute encore que des enfants qui n'avaient pas touché leur mère depuis leur naissance et qui avaient été transportés dans un autre compartiment de l'hospice, ont succombé à la péritonite.

Quant à ce qui est relatif au fœtus, dix ont présenté les lésions caractéristiques de la péritonite, et sur le nombre des mères trois d'entre elles seulement succombèrent.

Que penser de cela ? Si la péritonite est chez le nouveau-né, et, à fortiori, chez le fœtus le symptôme spécifique de la fièvre puerpérale, ces trois mères qui n'avaient pas séjourné dans un foyer d'épidémie (M. Lorain

nous le dit) auraient donc transmis, dans l'hypothèse de l'existence du principe morbide puerpéral, par anticipation à une partie d'elles-mêmes, à une appendice de leur propre substance, une maladie à laquelle elles ne devaient succomber que plus tard? Et les sept autres auraient communiqué à travers leur organisme resté sain la maladie puerpérale à leur enfant sans en avoir été atteintes?

Maintenant, les péritonites que l'on rencontre chez les fœtus ont-elles besoin pour trouver une explication que l'on suppose l'existence problématique d'une cause inconnue, comme la fièvre puerpérale?

Sans parler des maladies du fœtus encore si mal connues, sans parler des causes diathésiques venant, soit de la mère, soit du père, telles que la syphilis, qui peuvent entraver le développement régulier de l'embryon, des violences extérieures qui peuvent l'atteindre, etc. l'anatomie d'évolution ne peut-elle pas faire présumer qu'à un moment donné la rentrée de l'intestin dans la cavité abdominale ne s'effectue pas comme elle devrait avoir lieu? Les chirurgiens n'ont-ils pas cité comme cause probable de hernie ombilicale, congéniale, l'existence de péritonites antérieures à la naissance. (Vidal, thèse de concours, 1848).

VII. — Voyons maintenant la symptomatologie. Les défenseurs des doctrines de la Maternité disent : la fièvre puerpérale est tellement une entité morbide, tellement un être à part, qu'elle affecte l'organisme à sa manière, qu'elle le modifie à sa façon, comme le font le typhus, le choléra, etc. Aucun des symptômes, il est vrai, pris isolément, n'est pathognomonique, mais réunis en masse, ils forment un tout, une unité symptomatologique spéciale telle, qu'un œil habitué ne s'y trompe pas.

Certes, nous sommes bien loin de nier l'action des Causes spéciales et les manifestations spéciales de l'organisme devant chacune d'elles, mais s'ensuit-il que cette cause morbide qu'on a appelée la fièvre puerpérale fasse réagir, elle aussi, l'organisme d'une façon à nulle autre semblable, et vraiment *originale?*

Voyons donc. Premier aveu : « Je déclare d'abord qu'il n'y a pas de

» symptômes pathognomoniques (M. Depaul, Con. acad., p. 36). La
» fièvre puerpérale qui peut se déclarer pendant la grossesse, pendant
» le travail, ou dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, ap-
» paraît surtout dans les quatre ou cinq premiers jours, et en particulier
» au bout de quarante-huit ou cinquante heures; il est très-rare de lui
» voir faire son apparition après le huitième jour. En résumé, dit-il, lors-
» que dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'accouchement
» une femme éprouve un frisson violent, lorsque son pouls devient petit
» et dépressible, et s'élève à 140 pulsations par minute, lorsqu'on observe
» divers troubles de l'innervation et de la respiration dont j'ai parlé,
» lorsqu'un peu plus tard apparaissent ces douleurs rhumatoïdes que j'ai
» signalées, et lorsqu'on voit le visage s'altérer profondément, on peut
» hardiment porter son diagnostic, la fièvre puerpérale a fait invasion. »

Mais pour que l'on puisse aussi hardiment affirmer l'existence d'une symptomatologie spéciale, il faudrait d'abord démontrer que cet ensemble de symptômes est toujours le même, et, d'autre part, qu'il ne se rencontre pas dans d'autres affections morbides, l'infection purulente, par exemple. Est-ce que l'honorable académicien ne nous a pas tracé, sous le titre de fièvre puerpérale, un tableau qui semble calqué sur ceux que les chirurgiens ont donnés de l'infection purulente? Le frisson initial qui peut se montrer dès le troisième jour même (Nélaton, t. I, p. 163) la faiblesse et la fréquence de pouls, l'anxiété, la gêne respiratoire, les symptômes nerveux adynamiques, l'altération de la face, rien n'y manque, et ne pourrait-on pas dire, avec M. Gallard, qu'il faut chercher la description des accidents des femmes en couche, moins dans l'article de M. le professeur Dubois (t. 26, Dictionnaire en 50) que dans celui de Bérard du même volume. Il y a, dit-il : « entre ces deux articles, situés à moins de
» 100 pages l'un de l'autre une si grande ressemblance de descriptions,
» que l'on ne peut s'empêcher de se demander s'il s'agit bien de deux
» maladies différentes. »

Rien donc ne peut différencier au point de vue des symptômes l'état

d'une femme qui vient de subir une grave opération chirurgicale, l'amputation du col de l'utérus, par exemple, et qui présente les phénomènes de l'affection purulente, d'avec une autre femme qui, à la suite de l'accouchement, a dans le même organe une plaie, qui pour être *physiologique*, n'en est pas moins représentée par des lésions de tissu *très réelles*, *des déchirures*, des ruptures vasculaires, et qui serait atteinte pareillement des symptômes de l'infection purulente.

VII. — D'une autre part, sur quelles preuves s'est-on appuyé pour soutenir l'opinion que la fièvre puerpérale sévissait et sur la femme enceinte, et sur la femme en travail ?

Nous avons déjà parlé de deux cas de mort d'élèves sages-femmes de la Maternité, l'un appartenant à M. Depaul, l'autre à M. Tarnier, et dans lesquels nous n'avons lu, en les analysant, que des exemples de péritonites suraiguës, probablement secondaires.

Les exemples de femmes prises avant et pendant l'accouchement sont ils plus concluants ?

Nous trouvons d'abord deux observations de M. Tarnier (la fièvre puerpérale, page 157). Dans l'une, il s'agit d'une femme de vingt ans primipare, accouchée à la Maternité, et prise, trois jours avant son accouchement, de frissons avec claquements de dents. — Le travail ne présente rien d'anormal, la fièvre continue et la malade meurt sans présenter de symptômes bien tranchés.

Que trouve-t-on à l'autopsie pour expliquer cette prétendue fièvre essentielle attaquant la femme avant l'accouchement ? Des flocons blanchâtres dans le péritoine et quelques-uns des *sinus utérins contenant du pus*.

Dans l'observation suivante, même début. C'est une femme de 24 ans primipare ; frisson interne de deux heures de durée avant le travail. Accouchement normal, accélération extrême des pouls, ventre douloureux, mort le quatrième jour. On trouve à l'autopsie une péritonite et une *phlébite utérine*.

Y a-t-il dans l'exposé de ces faits des preuves démonstratives de l'essentialité de la fièvre puerpérale ? Pourquoi donc un utérus gravide (les faits le prouvent) ne serait-il pas sujet à s'enflammer avant le début du travail *officiellement* constaté?

Chez la première malade, les signes locaux ont débuté, il y a eu des douleurs de reins, suivies dans la nuit même de frissons. Qui nous dit que dans ce cas, comme dans le suivant, ces frissons n'étaient pas déjà les signes confirmés de l'adultération du sang par la présence du pus versé par les veines enflammées ? fait constaté du reste par l'auteur Ces deux femmes étaient l'une journalière, l'autre domestique ; elles étaient obligées de travailler jusqu'au dernier moment ; elles étaient, de plus primipares. Qui nous dit qu'elles se soient bien rendu compte de leur état de santé antérieure ? quand on songe au peu d'aptitude que les malades, la plupart du temps, ont à rendre compte de ce qu'elles ressentent, et que, pour trouver un point endolori du côté de l'utérus ou des annexes, il faut souvent les mains du médecin, et, de plus, une main intelligente !

Nous sommes donc, jusqu'à plus ample informé, disposés à ne voir dans ces deux exemples que des phlébites utérines (peut-être spontanées) latentes au début, et qui se seraient décélées plus tard par le frisson : on pourrait pareillement présumer que la péritonite aurait été consécutive, car il n'est fait aucune mention de l'état des ovaires et des trompes, et, nous avons de fortes raisons de penser qu'il pourrait bien y avoir eu quelques lésions inaperçues du côté de ces organes.

D'une autre part, M. le professeur P. Dubois s'exprime ainsi sur le même sujet : « Il n'y a pas d'épidémie qui n'amène à la Clinique ou à la » Maternité des femmes enceintes ou en travail, et qui éprouvent déjà les » symptômes les plus caractéristiques et ordinairement les plus graves » de la fièvre puerpérale..... A cette époque (fin de 1855), je fis une » courte visite à la salle des accouchements de la Maternité : deux fem- » mes en travail y étaient admises ; elles venaient de la ville. Leur appa- » rence me frappa : leur figure était profondément altérée, leur peau

» chaude et le pouls très fréquent ; je les jugeai, l'une et l'autre atteintes » de la fièvre puerpérale..... Ma prévision n'était que trop fondée, ces » pauvres femmes étaient, en effet, atteintes par l'épidémie. *Je ne sais si » elles succombèrent.* »

Mais, sur ce point, quel que soit le profond respect que nous professions pour les opinions de nos maîtres, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer, qu'en bonne logique, les assertions ne sont pas des preuves, n'importe d'où elles viennent, et de dire que dans ces circonstances, M. le professeur P. Dubois ne nous semble pas avoir appuyé son diagnostic sur des raisons assez démonstratives pour entraîner notre conviction pleine et entière. Comment, ces femmes en travail, qui ont la peau chaude, la figure altérée et le pouls très fréquent, ne peuvent avoir que la fièvre puerpérale ! Et, que sont-elles devenues ? Elles ont peut être guéri.

Enfin pour compléter la liste des preuves qui sont acceptées comme monnaie courante par tous ceux qui admettent que la fièvre puerpérale peut atteindre la femme, même avant l'accouchement, nous allons citer l'observation LI de la thèse de M. Charrier :

Elle est intitulée : « *Fièvre puerpérale avant l'accouchement. Accou- » chement. Pleurésie purulente thoraceutère. Mort.* Chevill. Primipare. » 23 ans, domestique. Elle est depuis 10 jours à l'infirmerie des femmes » enceintes pour la diarrhée. Le 10 octobre. La fièvre est intense. » Dyspnée ; douleurs sous-sternales, pouls à 140, la face est assez colorée. » Constipation, matité à droite. Œgophonie ; on entend la respiration très » obscurément, et encore au sommet. — Le 11 octobre. Dyspnée, même » fréquence du pouls, plus de douleurs dans le ventre ; la face est pâle. » Le 12 elle accouche naturellement, le pouls est à 110 ; douleurs sous- » sternales, plus de murmure vésiculaire à droite, rien du côté du ventre. » La dyspnée est moins considérable. Le 14, fièvre de lait. Frisson. Enduit » saburral. Le 16, on pratique la thoraceutère. Le 17, les symptômes » s'aggravent. Orthopnée. Le 18, mort. — Autopsie. Rien dans les intes- » tins ; ecchymoses sous-pleurales ; cœur mou ; épanchement purulent

» très épais. Pseudo-membranes très épaisses ; liquide d'une sérosité très » considérable. Flocons fibrineux. »

Notre ancien collègue n'a-t-il pas été entraîné par sa foi profonde en l'essentialité un peu plus loin qu'il n'aurait voulu ? Et cette *fièvre puerpérale avant l'accouchement*, qu'il considère comme un axiome, il ne nous en démontre pas l'existence. Ne voit-on pas là tout simplement un cas de *pleurésie chez une femme enceinte* terminée rapidement par suppuration, et dont les premiers symptômes, *fièvre et dyspnée*, auraient apparu deux jours avant l'accouchement ?

Ainsi, d'après ce que nous venons de rapporter, suivant le témoignage des auteurs qui admettent l'essentialité de la fièvre puerpérale, la maladie ne ferait invasion dans la majorité des cas qu'après le travail ; les circonstances dans lesquelles on l'aurait vue se développer avant et pendant l'accouchement leur paraissant exceptionnelles.

Mais comment n'est-on pas frappé de ce fait ! Pourquoi donc cette fièvre particulière attend-elle que la femme ait accouché pour exercer ses ravages? Pourquoi donc ne la voit-on pas indistinctement sévir sur les femmes arrivées dans leurs derniers mois de grossesse, dans les derniers quinze jours de la gestation ? Est-ce que le typhus, le choléra attendent ainsi leurs victimes ? Ne les voit-on pas sévir sur tous les individus indistinctement ? Autant vaudrait dire que les phlébites, les angioleucites sont des fièvres essentielles, et qu'elles sévissent sur les malades qui sont du domaine de la pathologie externe avant qu'ils n'aient une plaie, avant qu'ils ne soient entrés à l'hôpital ! Comment n'est-on pas porté à voir entre l'état d'une femme qui vient d'être séparée violemment d'une portion d'elle-même, et les symptômes qu'elle présente consécutivement, la plus grande analogie avec celui d'un blessé qui a, lui aussi, une perte de sa propre substance, laquelle amène chez lui pareillement des accidents consécutifs ? Comment ne voit-on pas que : *accidents puerpéraux* et *accouchement* sont liés par des rapports de cause à effet, comme la phlébite,

l'infection purulente sont liées à la présence d'une solution de continuité, d'une plaie qui suppure ?

VIII. — Autre preuve de l'essentialité : *Les lésions observées sur les femmes mortes de fièvres puerpérales ont été nulles.*

Le fait est affirmé par plusieurs et n'est prouvé par personne. M. Tanier cite, à l'appui de cette opinion, trois exemples qui, malgré le talent d'observations et l'aptitude bien connue de ceux qui les ont recueillis, ne lui sont pas *personnels.* Il a donc vu par les yeux d'autrui. Dans ces trois exemples on note, d'une part, la fluidité particulière du sang, et, d'autre part, l'existence dans la cavité utérine (deux fois) d'un détritus grisâtre et épais, et, dans la 2e, la face interne de l'utérus exhalait une odeur fétide ; elle était d'un gris noirâtre.

Et cela, n'est-ce donc rien ? Ces détritus grisâtres, épais, ce putrilage fétide tapissant la face interne de l'utérus, ne sont-ils pas de véritables amas de substance organique en voie de dissociation moléculaire ? Ne sont-ce pas ces foyers d'infection putride, ces variétés d'altérations gangreneuses et diphthéritiques sur lesquels l'attention des médecins a été attirée surtout dans ces derniers temps, par les travaux de MM. Béhier et Dumontpallier ? Le mécanisme de la mort n'a-t-il donc lieu constamment chez les femmes en couches que par l'ensemble de symptômes qui constituent l'infection purulente ou la péritonite ? Et enfin, quand on a donné 299 coups de scalpel sur un utérus et qu'on n'a rien trouvé, l'expérience n'est-elle pas là, *avec ses démonstrations imprévues*, pour nous dire qu'au 300e on trouve quelque chose !

IX. — Un des caractères des fièvres essentielles, a-t-on dit, c'est de présenter une allure irrégulière, des formes variées : tantôt c'est l'état bilieux, tantôt ce sont les manifestations soit abdominales, soit pectorales, qui apparaissent suivant le génie des épidémies ; et, ajoute-t-on, la fièvre puerpérale rentre encore par cette porte dans la grande enceinte réservée aux fièvres essentielles.

Les défenseurs des doctrines de l'Ecole de la Maternité n'ont pas manqué encore de trouver des pseudo-preuves à l'appui de leurs assertions. Aussi l'un de ses plus fervents défenseurs, M. Charrier, a-t-il consigné dans sa thèse les faits qui sont relatifs aux formes spéciales qu'il observa à la Maternité pendant l'année 1854.

Nous regrettons vivement que l'auteur, dans son travail, n'ait pas songé à lever par avance les objections que l'on est en droit de lui faire au sujet du premier point à démontrer. Avant de savoir si la fièvre puerpérale a présenté des manifestations plus accentuées du côté de la poitrine, il serait bon d'établir au moins si la fièvre puerpérale a bien existé ; et, d'un autre côté, les détails des autopsies rapportés d'une manière brève et suivant nous trop concise, n'ont pas entraîné notre conviction.

Que trouvons-nous en effet dans le récit de quelques observations ?

L'observation n° 43 est intitulée : *Fièvre puerpérale, forme abdominale, forme pectorale secondaire, mort.* Et, l'on trouve à l'autopsie que l'abdomen est plein de pus et que l'ovaire gauche forme un vaste kyste purulent. Il y a un épanchement sero-purulent à gauche.

En quoi s'agit-il donc ici d'une fièvre puerpérale ? Et cette observation ne pourrait-elle pas être traduite en langue vulgaire sous ce titre : ovarite, péritonite, suraiguë consécutives, chez une femme en couche, pleurésie secondaire.

Et plus loin. L'observation 48 est intitulée : *Fièvre puerpérale, forme abdominale, ictere, forme pectorale, mort.* A l'autopsie, *on ne trouve pas d'épanchement péritonéal,* il y a une pleurésie purulente à gauche.

En quoi s'agit-il ici d'une fièvre puerpérale ? Quels ont été les caractères de cette forme abdominale qui a été *latente pendant la vie et après la vie* ? Et, cette prétendue forme pectorale, n'est-elle pas, raisonnablement, autre chose qu'une pleurésie suppurée qui a fait son apparition deux jours avant la mort par un frisson et par une accélération du pouls qui s'est élevé à 140 pulsations ? Prenons enfin l'observation 61 sous ce titre : *forme pectorale, délire, arachnitis suppurée* — et voici les détails

de l'autopsie : *Pleurésie gauche, méninges épaissies, pus diffus dans la cavité de l'arachnoïde*. Il s'agit d'une femme qui accouche le 19 octobre et qui meurt le 26, elle est prise le lendemain de l'accouchement de dyspnée, de frisson, on reconnaît de l'œgophonie à gauche, deux jours après, elle succombe avec des accidents cérébraux. A l'autopsie, l'examen de l'abdomen n'est pas seulement signalé, le mot pleurésie est indiqué pour dire qu'il y a quelque chose dans la plève gauche ; ce fait est rangé sous la dénomination de fièvre puerpérale à forme pectorale.

Les cas de ce genre, d'ailleurs, ne sont-ils pas susceptibles de recevoir une interprétation plus régulière, et n'est-on pas amené par la seule constatation des dates d'invasion de la maladie, à dire seulement qu'à telle ou telle époque, il y a eu chez les femmes en couches, des pleurésies plus qu'à toute autre?

Et, maintenant, cette aptitude à revêtir des formes diverses suivant les épidémies, serait-elle vraiment un signe de plus à ajouter à la séméiologie de la fièvre puerpérale dans l'hypothèse de son existence comme *fièvre essentielle* préalablement démontrée? Evidemment, non. Ne voit-on pas l'infection purulente elle-même « être très fréquente dans les hôpitaux de » Paris, où elle fait périr chaque année un grand nombre de blessés et » d'opérés : on les rencontre beaucoup moins souvent dans la pratique » privée. Quelques observations, Dance en particulier, ont remarqué qu'il » y a des époques où elle sévit plus spécialement, et où elle peut prendre » une forme épidémique (*Compendium de chirurgie*, t. 1, page 378), et, » d'une autre part, le Mémoire de M. le professeur Velpeau (1826, *Revue* » *médicale*), ne nous autorise-t-il pas à admettre pareillement *que des* » *pleurésies peuvent apparaître à la suite de grandes opérations chirurgicales* » *ou d'une suppuration plus ou moins abondante*? »

Faudra-t-il appeler des cas de ce genre, des exemples d'infection purulente à forme pectorale?

X. — Que dire enfin des altérations du sang que l'on a signalées dans la fièvre puerpérale?

Tous les auteurs qui défendent l'essentialité de la fièvre puerpérale,

considèrent l'altération du sang comme primitive. M. le professeur P. Dubois s'exprime ainsi (*Commem. acad.*, p. 117) : « En cet état de la » science, j'admets l'altération primitive du sang par une cause inconnue. » M. Depaul parle dans le même sens (p. 19) : « Quant à moi, dit-il, qui » suis intimement convaincu de la nature essentielle de la maladie et qui » accepte sans réserve l'opinion de ceux qui la font consister surtout dans » une altération primitive du sang... » M. Danyau est d'un avis sem- » blable : « La fièvre puerpérale est une maladie d'origine miasmatique, » dit-il, dont le miasme générateur pénètre dans le sang, l'empoisonne... » (page 155). »

Il ne manque qu'un fait à ces assertions, c'est une démonstration.

Assurément, ce n'est pas aux pathologistes seuls qu'il faut s'en prendre; les recherches de la chimie contemporaine sont encore trop incomplètes, surtout sur un sujet aussi insaisissable que les modifications du sang, pour vouloir lui demander des appuis solides. Rappelons seulement que cet état poisseux, cette diffluence du sang que les anatomo-pathologistes ont presque tous signalé dans les autopsies, n'ont pas une valeur bien significative. On rencontre ces aspects dans bien des circonstances, dans l'infection purulente, entre autres; nous l'avons vue, quant à nous, dans des cas de cirrhose du foie, dans des cas de phthisie aiguë, et il y a à l'époque où nous sommes tant d'inconnues jetées dans l'histoire de la formation, *de la vie*, et des transformations du sang, que c'est sagesse, pensons nous, de ne rien édifier sur cette base mobile et d'attendre que la lumière se fasse.

XI. — Puisque l'existence d'une *fièvre puerpérale*, comme cause de mort chez les femmes en couche, n'est pas démontrée, de quoi donc meurent-elles, comment meurent-elles?

1° Premier point : on trouve *toujours*, à l'autopsie, *un motif* de la mort. J'ai *toujours* trouvé « dans l'utérus et ses annexes des lésions manifestes et non douteuses. » (M. Béhier, p. 10.) Au premier rang figurent les phlébites. Et c'est surtout sur les parties latérales de l'utérus, dans les grands sinus qui rampent le long des bords droit et gauche que se ren-

contre le pus. Un autre endroit où il faut encore savoir l'aller chercher, c'est au niveau du col ; c'est là, au milieu des aréoles qui constituent son tissu que le pus apparaît, tantôt sous la forme d'une goutte de liquide grisâtre, tantôt sous l'aspect d'un liquide blanc, des plus caractéristiques. De plus, les parois des veines, étudiées en elles-mêmes, ont été vues, par M. Béhier, vascularisées et tapissées d'une pseudo-membrane de formation récente. Les veines utérines, les veines des plexus pampiniformes lui ont, dans des circonstances variables, présenté ces sortes de lésions ; il a constaté de plus la présence du pus dans leur cavité.

2° Les ovaires présentent souvent des altérations très remarquables. Ils sont tantôt augmentés tous les deux à la fois ou isolément, d'une façon très notable en volume. Leur tissu est ramolli, réduit en putrilage, tantôt il est converti en une poche purulente qui se crève sous la moindre pression. M. Siredey, dans sa thèse, a donné une confirmation complète à cet ordre de faits ; vingt-deux fois sur vingt-sept, dit-il, nous avons trouvé les trompes dilatées, pleines de pus, et les ovaires volumineux, ramollis, purulents.

3° Le péritoine est très souvent atteint : tantôt on rencontre sa cavité remplie d'une sérosité opaque, tantôt c'est du pus, tantôt ce sont des pseudo-membranes.

Tout le monde est d'accord sur ce point : mais cette lésion du péritoine, qui *promène l'incendie sur tous les organes*, est-elle consécutive à une altération de l'utérus ou de ses annexes ?

Ceux qui soutiennent la doctrine de l'essentialité ont dit : Elle est toujours primitive, elle est la *signature anatomique* de la maladie. Nous n'en comprenons point le mécanisme, nous ne voyons pas pourquoi le péritoine d'une femme, dont l'utérus vient d'accomplir une fonction physiologique, pourrait s'enflammer consécutivement, nous constatons seulement le fait.

Que disent donc les faits ? L'expérience clinique, quotidienne d'abord,

4

affirme que la péritonite primitive est excessivement rare. D'une autre part, l'observation a révélé que dans l'immense majorité de cas, c'est du *centre utérin* que s'irradient les manifestations phlegmatiques. Sur quatre-vingt-cinq autopsies, dit M. Béhier, la péritonite était localisée aux annexes vingt-huit fois. Seize fois elle était plus étendue, mais surtout intense au niveau des annexes, et *cinq fois seulement* la péritonite fut assez universellement intense et assez étendue pour qu'on ne puisse se prononcer sur son point d'origine.

Ces faits parlent assez haut par eux-mêmes pour qu'on ne puisse en tenir compte, et que l'on accepte avec quelque réserve toute affirmation de péritonite dans laquelle l'examen de l'utérus des ovaires et des trompes n'aura pas été *scrupuleusement spécifié.* J'ajouterai que d'après les recherches de M. Béhier, l'inflammation des vaisseaux lymphatiques de l'utérus, sur laquelle M. Cruveilhier a si justement appelé l'attention de l'Académie de médecine, ne s'est pas présentée à son observation aussi fréquemment que l'a rencontrée l'honorable professeur. Sept fois seulement, en effet, M. Béhier, sur quatre-vingt cinq cas, a signalé l'existence de la lymphangite abdominale.

Je ne fais que signaler les abcès métastatiques, les collections purulentes des membres : ce sont des faits que tous les anatomo-pathologistes ont vus, et dont personne ne récuse la réalité.

Outre ces lésions saisissables, palpables après la mort, il en est d'autres qui les compliquent et qui doivent jouer un rôle très grand dans la la symoptomatologie. Ce sont les altérations qu'on trouve à la surface interne de l'utérus, ces espèces de pseudo-membranes grisâtres qui rappellent l'aspect des plaies recouvertes de la pourriture d'hôpital, ces gangrènes de l'utérus signalées par MM. Cruvelhier et Danyau. Ces complications sont loin d'être indifférentes. Que l'on se représente, en effet, pendant la vie, ces détritus organiques en voie de dissociation moléculaire, plongés dans un milieu chaud et humide, et l'on ne pourra pas s'empêcher de se demander si dans ces circonstances, la cavité de l'utérus n'est pas une large surface absorbante pour toutes ces matières

qui la recouvrent ? Et s'il n'est pas vraisemblable, quand même on ne trouverait pas des traces de phlébite concomitantes, de supposer, comme le prouve la thèse de M. Dumontpallier, l'adultération de la masse du sang par la pénétration de principes septiques puisés dans l'utérus lui-même.

Ainsi donc, nous sommes amenés inévitablement à ces conclusions :

1° Les femmes en couches meurent parce qu'il y a de la phlébite, de la lymphangite des veines et des lymphatiques de l'utérus; et qui dit phlébite, dit adultération du sang par le pus ;

2° Elles meurent parce qu'à ces phlébites, à ces lymphangites viennent s'ajouter des complications péritonéales qui, pour nous, sont presque toujours secondaires. Les altérations si fréquentes du côté des annexes de l'utérus, si souvent omises et négligées, nous autorisent à admettre ces propositions, les péritonites primitives ne devant être admises qu'avec une extrême réserve ;

3° Un troisième mécanisme par lequel la mort peut survenir, c'est la résorption des matières putrides à la surface de l'utérus comme elle s'opère à la surface d'une plaie.

Motivons ces assertions et voyons comment, pendant la vie, ces diverses lésions organiques se décèlent.

Que se passe-t-il, en effet, chez une femme qui expulse avec douleur, et par conséquent avec effort, le produit de la conception ? « Comme
» résultat immédiat de l'accouchement, il y a à signalèr dans la matrice
» la large dénudation qui résulte du décollement du placenta, les larges
» orifices des sinus veineux déchirés à leur embouchure dans le tissu
» utérin....., de sorte que toute la surface interne de l'utérus est à des
» degrés différents dans un état traumatique qui amène à la suite, dans
» les vaisseaux déchirés, une sécrétion plastique et un çertain degré
» d'inflammation porté souvent jusqu'à la suppuration..... Ce n'est pas
» tout, l'orifice utérin est toujours déchiré dans une petite étendue, et
» il en est de même de la commissure postérieure de la vulve chez les
» primipares ; les parois du vagin sont ecchymosées, et l'ecchymose

» s'étend jusque sur le péritoine autour du col utérin. » (Jacquemier, *Gazette hebdomadaire*, 1858, page 163).

Assurément, il y a bien ici toutes les conditions réalisables pour la phlébite. Il y a une violence, il y eu une véritable contusion s'exerçant sur des tissus gorgés de sang, sur les plexus veineux les plus développés de l'économic; aussi, qu'arrive-t-il?

Quand on suit pas à pas les phénomènes consécutifs. Quelques heures après le travail, les femmes accusent une légère douleur quand on presse en certains points déterminés du ventre, que M. Béhier a mis tant de soin à préciser, il faut non pas presser fort, mais *presser juste*. Cette douleur est le premier *signe local* de la souffrance d'un organe endolori qui devient le siége d'une inflammation primitivement locale. Puis on sent en même temps une rénitence, une induration profonde de la même région, et pour peu que l'on veuille bien se souvenir qu'il y a sous la peau des organes, un utérus, des annexes, une séreuse très-facilement impressionnable, etc., etc., on est naturellement porté à admettre qu'il se passe quelque chose de pathologique dans les tissus sous-jacents. Car, chez la femme accouchée dans de bonnes conditions, et chez laquelle tout a été normal, jamais la pression pratiquée comme il a été dit n'évoque de douleurs.

Jusqu'ici tout est local, tout se trouve confiné dans un département isolé de l'organisme ; quelques jours se passent ainsi, aucune réaction générale ne s'est manifestée ; puis, tout à coup, la femme est prise de frisson, elle claque des dents, sa face s'altère, le pouls devient fréquent, etc... C'est le début, dit-on alors, c'est l'invasion de la fièvre puerpérale. Oui, c'est bien le début pour ceux qui n'ont pas vu la maladie à sa période d'incubation, en quelque sorte ; c'est bien le frisson initial qui doit être le premier acte du drame qui va se dérouler devant leurs yeux. Mais avant ce premier acte il y a un prologue, et c'est ce prologue qui échappe ordinairement, parce qu'on n'arrive pas à temps ou parce qu'on ne se doute pas qu'il existe.

Dès lors, pour ceux qui aiment assez rapprocher et ce qu'ils voient à la salle d'autopsie et ce qui les frappe au lit du malade, la maladie est

confirmée : c'est le début de la deuxième période. Et, pour peu qu'on se représente ce qui se passe du côté des organes profonds, on est porté à rattacher cet ensemble de symptômes à la présence du pus dans le sang.

Dès lors va se dérouler le tableau de l'infection purulente, et à l'autopsie on reconnaît que les points sur lesquels on avait exercé des pressions douloureuses, correspondent précisément, ou bien à une infiltration purulente du col, ou bien à une phlébite des sinus latéraux de l'utérus, ou bien à des ovarites supurées. Si la maladie a duré longtemps, on trouve des abcès multiples ; si elle a été de courte durée, on ne rencontre aucune collection purulente, et c'est ce qui se passe précisément chez les amputés. « L'infection purulente, dit Bérard, peut causer la mort avant même que les abcès métastatiques aient eu le temps de se former. »

Dans certains cas, la phlébite et par suite le passage du pus dans le sang donne lieu à des symptômes de l'infection purulente *franche.* M. Béhier en a signalé des exemples, mais ces faits sont loin d'être toujours aussi simples et réduits en quelque sorte à l'état de types. La plupart du temps, la phlegmasie des annexes de l'utérus ou de l'utérus lui-même s'accompagnent de phlegmasie du péritoine comme nous voyons la plèvre s'enflammer lorsqu'une pneumonie a envahi le poumon ; dès lors des manifestations symptomatologiques nouvelles viennent compliquer la scène : l'inflammation du péritoine aussitôt qu'elle apparaît détermine des réactions qui lui sont propres : elles dominent l'ensemble et hâtent toujours le dénoûment fatal.

Si, au contraire, les phénomènes phlegmatiques sont restés localisés dès le début, sans associer à leur évolution un appel du côté du péritoine il n'y a pas de réaction générale, tout se passe régulièrement; après avoir à peine éveillé l'attention du médecin, les phénomènes morbides disparaissent et la malade sort guérie. Il n'y a en ceci qu'une ébauche de la maladie qui tue en quelques jours parce qu'il y a à la fois phlébite et péritonite suraiguë.

Telle est vraisemblablement la physiologie pathologique de l'ensemble

des symptômes qui mènent si rapidement un grand nombre de femmes à la mort sous le nom de *fièvre puerpérale.*

Maintenant nous admettons parfaitement bien l'influence des causes générales et des prédispositions particulières pour expliquer les faits de mortalité plus nombreux à un moment donné qu'à toute autre époque, et nous croyons que ce qui se passe dans les services de pathologie externe, quand les chirurgiens voient les plaies de leurs malades prendre un mauvais aspect, les moindres incisions se compliquer d'érysipèle, les symptômes de l'infection purulente sévir sur les amputés, se passe aussi sur une plus grande échelle dans les maisons spéciales consacrées aux femmes en couches. La *femme en couche est un blessé*, et de plus un blessé fatigué dont les liquides ont été modifiés de longue date par un état antérieur prolongé, dont un organe important a été *surmené, contus* à la suite des efforts de la parturition ; et ces conditions qui dominent la pathologie de la femme en couches, diminuent chez elle la vitalité organique, et la placent dans un *immense opportunité morbide.*

Nous le répétons encore une fois, ces mauvaises conditions générales sont *des causes de maladie* et non pas *une maladie.* Elles président au développement des accidents puerpéraux et ce n'est pas quelque chose d'existant par soi-même, une réalité, une entité morbide s'appelant la FIÈVRE PUERPÉRALE.

XII. — Ainsi, pour nous, nous n'admettons pas l'existence d'une FIÈVRE PUERPÉRALE, parce que :

1° Son caractère d'épidémicité qui signifie qu'elle attaque un grand nombre de femmes à la fois lui est commun avec d'autres états morbides, la pneumonie, par exemple, à la Salpêtrière, l'angioleucite, la phlébite dans les services de chirurgie. Ce caractère n'a donc pas de valeur.

2° Le caractère contagieux n'est même pas admis par tous les défenseurs de la doctrine de l'essentialité, à plus forte raison la transmission du principe morbide à distance par le médecin doit-elle être rejetée. Ce caractère est encore nul.

3° La mortalité extrême qui sévit sur les nouveau-nés s'explique d'une

part : 1° par les mauvaises conditions du climat nosocomial dans lequel ils vivent; et d'autre part, par la péritonite à laquelle ils succombent, la plupart du temps elle est consécutive à des lésions des vaisseaux ombilicaux, et peut-être dans les autres cas à l'action du froid; 2° des enfants malades n'ont pas donné la maladie à des enfants sains couchés à côté d'eux; 3° les péritonites qu'on trouve à l'autopsie des fœtus ne peuvent servir à spécifier la maladie, car il y a des mères qui n'ont pas été atteintes et qui portaient dans leur sein des fœtus frappés de péritonite, elles n'ont donc pu donner ce qu'elles n'avaient pas.

Les deux exemples d'élèves sage-femmes prises, dit-on, de fièvre puerpérale en dehors de l'état puerpéral prouvent seulement que : deux jeunes femmes, quoique élèves de la Maternité, peuvent succomber à des péritonites suraiguës pendant une époque où il y a beaucoup de malades dans le même établissement.

Les deux prétendus exemples d'invasion de la fièvre puerpérale avant le début du travail peuvent très-bien s'expliquer par un état morbide antérieur de l'utérus. N'a-t-on pas dans les deux cas trouvé du pus dans cet organe ?

Pourquoi donc cette fièvre puerpérale si terrible dans ses effets respecterait-elle journellement les femmes arrivées dans les derniers jours de leur grossesse et ne les atteindrait-elle qu'après le début du travail ; qu'au moment où des déchirures vasculaires, des dissociations organiques violentes s'opèrent?

La femme en couche *est un blessé*; l'accouchement est la condition du phénomène *phlébite péretonite, infection purulente.*

4° Il n'existe pas *d'autopsies négatives. On a toujours* trouvé un motif anatomique pour expliquer la mort;

5° Les formes variées dites *pectorales* que l'on s'est plu à décrire dans cette affection pour la comparer aux autres fièvres essentielles, ne sont que des complications, des pleurésies suppurées chez des femmes enceintes comme il en existe à la suite des grandes opérations chirurgicales (Velpeau).

6° Les preuves tirées de l'examen physique et chimique du sang jusqu'à ce jour sont de nulle valeur.